

INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

Tumor de Abrikossoff do esófago**Abrikossoff's tumor of the esophagus****Cláudia Cardoso*, Ricardo Freire e Ana Paula Oliveira***Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal*

Recebido a 28 de janeiro de 2012; aceite a 11 de julho de 2012

Disponível na Internet a 23 de outubro de 2012

Homem de 50 anos, raça branca, submetido a endoscopia digestiva alta por queixas dispépticas. Observou-se um pólipó sésil com 10mm de diâmetro no 1/3 inferior do esófago, de aparente origem subepitelial (fig. 1), que se removeu com ansa diatérmica. A histologia foi compatível com tumor de células granulares, com margens livres (figs. 2 e 3). A endoscopia de controlo, realizada após 12 meses, não mostrou evidência de recidiva tumoral.

O tumor de células granulares foi descrito pela primeira vez em 1926 por Abrikossoff. Pode surgir em qualquer órgão, sendo a língua, a pele e a glândula mamária os locais mais frequentemente atingidos¹. O envolvimento do tubo digestivo ocorre em cerca de 5% dos casos. Destes, 1/3 localizam-se no esófago e podem ser múltiplos². Na sua génese têm sido implicadas várias células, incluindo mioblastos, fibroblastos e histiócitos. A maioria dos investigadores sustenta, porém, uma etiologia neural, fundamentada na presença de mielina e na positividade para a proteína S-100³, sendo que a sua designação deriva da acumulação de lisossomas secundários no citoplasma.

Os tumores com localização esofágica afetam predominantemente doentes do sexo masculino, com um pico de incidência entre a 4.^a e a 6.^a décadas de vida. Na sua maioria, são achados endoscópicos. Quando sintomáticos, a disfagia, a regurgitação e a dor retroesternal são as queixas mais comuns. O aspeto endoscópico habitual é o de um pólipó sésil, com dimensão inferior a 2cm, de

consistência dura e coloração amarelada, recoberto por mucosa normal e situado no 1/3 distal do esófago. A ecoendoscopia digestiva, na qual se observam lesões hipoeoicas ou isoecoicas, homogéneas, com bordos regulares, por vezes com um halo periférico, na dependência da mucosa profunda/submucosa (2.^a e 3.^a camadas), poderá ter utilidade na realização de biopsia e na avaliação da viabilidade da ressecção⁴. Histologicamente, são formados por grupos de células ovoides ou poligonais, com citoplasma eosinofílico, delimitados por septos de tecido conjuntivo, localizados na camada mucosa e submucosa. Por vezes, o epitélio a recobrir a lesão apresenta hiperproliferação, associada ou não a alterações pseudoepiteliomatosas, que podem levar a um diagnóstico erróneo de carcinoma epidermoide quando as biopsias são superficiais. No estudo imuno-histoquímico, a proteína S-100 é o marcador mais característico, embora não específico. Outros marcadores, como o CD57, a enolase neuronal específica, a vimentina e a nestina, podem também estar presentes. A maioria destes tumores é benigna, verificando-se um comportamento maligno em apenas 1-3% dos doentes. A recorrência local, o tamanho superior a 4cm, o crescimento infiltrativo, o aumento das dimensões da lesão em relação ao tamanho inicial ou a invasão linfática devem aumentar a suspeita de malignidade, que se associa a um risco de mortalidade de 40%⁵.

Não existem consensos relativamente ao tratamento. A excisão, endoscópica ou cirúrgica, é considerada a terapêutica de primeira linha. A opção pelo tratamento endoscópico deverá ser reservada para tumores com <20mm e ausência de invasão da *muscularis própria*, associando-se, contudo, a um risco de recorrência de 5-10%. Alguns autores sugerem

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: claudiamarcal@gmail.com (C. Cardoso).

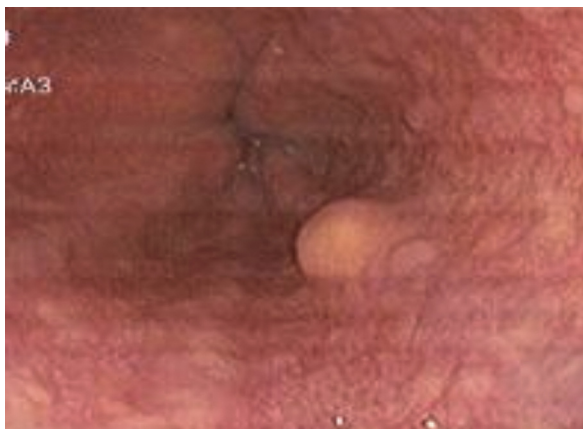


Figura 1 Pólipo séssil com 10 mm de diâmetro no 1/3 inferior do esófago.

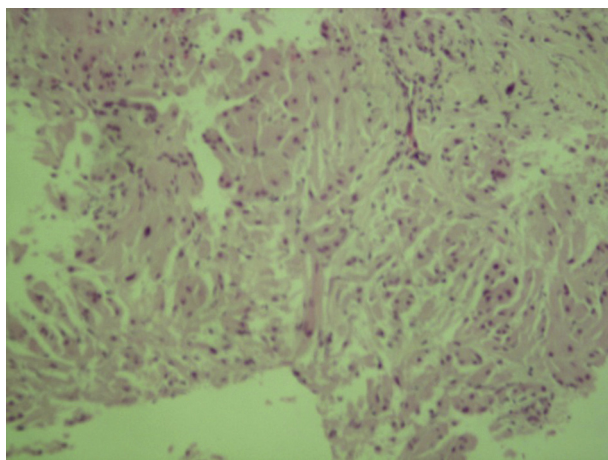


Figura 2 Células tumorais com citoplasma granular eosinofílico (H&E) na camada submucosa.

que lesões de menores dimensões e assintomáticas podem ser vigiadas por ecoendoscopia, com base em relatos de seguimento superior a 10 anos sem evidência de evolução da doença.

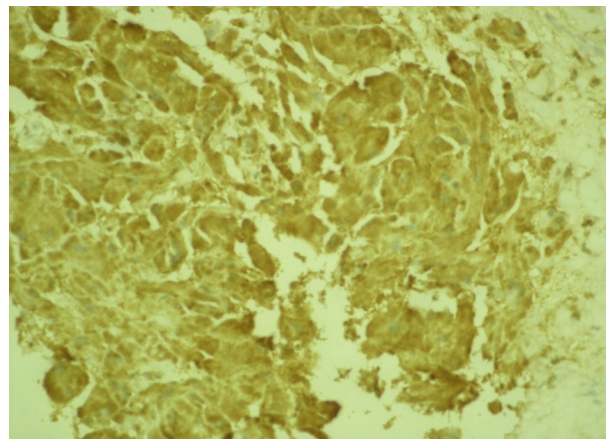


Figura 3 Marcação imuno-histoquímica positiva para a proteína S-100.

Face à sua raridade, não está estabelecida a periodicidade de vigilância após a ressecção destes tumores⁴.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Abrikossoff AL. Über Myome, ausgehend von der quergestreiften willkürlichen Muskulatur. Virchows Arch Pathol Anat. 1926;260:215–33.
2. Johnston MJ, Helwig EB. Granular cell tumors of the gastrointestinal tract and perianal region: a study of 74 cases. Dig Dis Sci. 1981;26:807–16.
3. Parfitt JR, McLean CA, Joseph MG, Streutker CJ, Al-Haddad S, Driman DK. Granular cell tumor of the gastrointestinal tract: expression of nestin and clinicopathological evaluation of 11 patients. Histopathology. 2006;48:424–30.
4. Perçinel S, Savaş B, Yılmaz G, Erinaç H, Küpana Ayva S, Bektaş M, et al. Granular cell tumor of the esophagus: three case reports and review of the literature. Turk J Gastroenterol. 2008;19:184–8.
5. Weiss S, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. 4th ed. St Louis: CV Mosby; 2001. p. 863–4.